

PET/CT(FDG)検査依頼票(診療情報提供書[様式1])

FAX送付先: 0476-99-1991

千葉北総病院医療連携支援センター

お問い合わせ
合わせ

TEL: 0476-99-0158

千葉北総病院PET検査室

依頼元	貴院名		⇒ 変更なければ記載不要	TEL	
	診療科			FAX	
	依頼医師			住所	

患者情報	フリガナ			生年月日: 年 月 日		
	氏名			男 女	身長 cm	体重 kg
	住所	〒		TEL	-	-
				携帯	-	-
	家族氏名		関係:	TEL	-	-

悪性腫瘍の 確定診断名		検査 目的	病期診断・転移検索 再発診断 悪性リンパ腫の治療効果判定
----------------	--	----------	---------------------------------

1か月以内に核医学検査を行っていない	6か月以内にPET検査を行っていない
ADL: 自力歩行 杖歩行 車いす ストレッチャー	30分の静止: 可 不可
認知症: 無 有	閉所恐怖症: 無 有
難聴: 無 有	酸素: 無 有

検査予約日時

※土日祝を除く ※入院中は不可
※G-CSFは2週間以上前から休薬

年 月 日 () 時 分

撮像部位	頭部から大腿部	頭部からつま先	付き添い: 要 不要
貴院での次回外来日(結果説明):	年 月 日 ()	結果のFAX: 要 不要	

臨床経過・既往など	診断の経緯・過去の悪性腫瘍歴・手術歴は明記してください。自由様式の別紙(コピー用紙など)でも構いません。
-----------	--

病理	無 有⇒	年 月/内容
マーカー		画像検査
治療歴	手術	無 有 年 月 内容
	化学療法	無 有 年 月 内容
	放射線治療	無 有 年 月 内容
悪性腫瘍の告知	済 未⇒説明内容	人工肛門 無 有
糖尿病	無 有⇒薬剤	尿路変更 無 有
体内留置機器	無 有⇒ ペースメーカー 除細動 その他	透析 無 有